

申請者の方へ この書類を施設に提出する場合は、必ず封入・封緘し、封筒に氏名を記入して提出してください。

記入例

施設等利用給付認定・変更申請書(法第30条の4第2号・第3号)

【事項】

3において準用する同法第16条の規定に基づき、施設等利用給付認定の審査及び申請者や同居家族の市町村民税課税状況の確認に当たって、官公署に対し必要な文書の閲覧又は資料の提供を求めることがあります。

2. 申請書等に記載した内容は、施設等利用給付認定や施設等利用費の支給に関する情報として必要と認められる場合に、施設・事業者に提供することがあります。

3. 子ども・子育て支援法第30条の11の規定に基づき、施設等利用費は、認定を受けた保護者に代わり、特定子ども・子育て支援提供者に支給される場合があります。

4. 新年度4月利用開始の場合は、施設事務が集中し審査等に日時を要するため、申請日に第30条の5第5項の規定に基づき、最長で利用開始の前日まで審査結果のお知らせを延期することがあります。

5. 申請内容が事実と相違した場合は、施設等利用給付認定を取り消すことがあります。

6. 認定希望日現在で、子ども・子育て支援法第7条第10項第4号への政令で定める施設本認定の申請はできません。

すでに3歳以上のお子様は、**10月1日**と記入してください。
3歳未満のお子様(市民税非課税世帯のみ)は、**3歳のお誕生日**を記入してください
 (例: 12月10日生まれ→12月10日と記入)

以上のご同意し、保護者の就労、疾病を認め、認可外保育施設、一時預かり事業、病児保育施設等を利用する場合は、子ども・子育て支援法第30条の5第1項の規定に基づき、次のとおり認定を申請します。

※1. 預かり保育事業とは、当該幼稚園等が、①平日、教育時間を含み提供時間数が8時間未満または②年間開所日数200日未満のいずれかの要件に該当する場合に利用可能な認可外保育施設を含みます。

申請日 令和 年 月 日
 認定希望日(施設利用開始日) 令和 元 年 10 月 1 日

忘れずに
押印してください

申請者 (世帯主である保護者)	フリガナ	マイツル タロウ	申請者 子どもの続柄	父	現住所	〒 625 - 8555 舞鶴市 宇北吸1044番地
	氏名	舞鶴 太郎			現住所が市外の場合 市内転入後の住所	〒 - 舞鶴市
日中の連絡先(電話番号) *確実に連絡の取れる順に記入してください。						
	①	090-1234-5678	父携帯 父勤務先 自宅・その他()	②	西舞鶴病院 0773-83-0014	父携帯 父勤務先 自宅・その他()
					③	080-9876-5432
						父携帯 父勤務先 自宅・その他()
子ども申請	フリガナ	マイツル サクラ	現住所	〒 -	個人番号(マイナンバー)	
	氏名	舞鶴 さくら	申請者と異なる場合のみ記載		1	2
			生年月日	平成・令和 27 年 7 月 7 日	3	4
					5	6
					7	8
					9	0
					1	2

H28.4.1以前
生まれ

H28.4.2以降
生まれ

理由に応じて裏面に記載の書類を添付してください。
(保護者が父母の場合、父と母の両方の書類が必要です)

認定種別

申請子どもは、認定希望日時時点で満3歳に達する日以後の最初の3月31日を経過している(第2号)

申請子どもは、認定希望日時時点で満3歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある(第3号)

左記で第3号に該当し、市民税非課税世帯に該当する場合は、下の□にレ点を付けてください。

市民税非課税に該当

第3号で市民税課税の場合は無償化の対象となりません。

保育を必要とする理由

(子から見た続柄) 父() 母() その他()

(父から見た続柄) 父() 母() その他()

就労 妊娠出産 疾病障害等 介護看護 災害復旧 活動等 就学 その他()

H28.4.2以降生まれで市民税非課税世帯のみ記入
※2が舞鶴市でないときは記入した住所地の(非)課税証明書を添付してください。

上記「認定種別」が(第3号)で市民税非課税世帯に該当する場合に記入してください。

認定希望日の前々年1月1日現在の住所 ※2 (母親) 現住所と同じ (父親) 現住所

認定希望日の前々々年1月1日現在の住所 ※3 (母親) 現住所と同じ (父親) 現住所と同じ

※2. 3. 現住所と異なる場合は、記入した住所地の市町村で発行される前年(前々年)1月1日を賦課年度とする市町村民税所得割額がわかる証明書(課税証明書など)を添付してください。

同居者を全員記入してください。※個人番号欄は、上記「認定種別」が(第3号)に該当する場合に、父母及び生計の中心者のみ記入してください。

(生計の中心者の番号に○を付けてください)	フリガナ 氏名	申請者 子どもの続柄	生年月日		就労・通学・通園先 又は単身赴任先	要介護認定又は障害者手帳
			個人番号	大正 昭和 平成 令和		
①	マイツル タロウ 舞鶴 太郎	父	個人番号	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	西舞鶴病院	<input type="checkbox"/> 有
2	マイツル ハナコ 舞鶴 花子	母	個人番号	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	(株)舞鶴総合商社	<input type="checkbox"/> 有
3	マイツル イチロウ 舞鶴 一郎	兄	個人番号	3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3	△△小学校	<input type="checkbox"/> 有
4	マイツル ウメコ 舞鶴 梅子	祖母	個人番号	4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4	なし	<input checked="" type="checkbox"/> 有
5			個人番号			<input type="checkbox"/> 有
6			個人番号			<input type="checkbox"/> 有
7			個人番号			<input type="checkbox"/> 有

<必ず裏面も記入してください>

幼稚園・認定こども園・特別支援学校幼稚部を利用する(予定含む)方は記入してください。

フリガナ	マルマルヨウチエン	所在地	〒624-0853 舞鶴市宇南田辺1番地	TEL	0773 (75) 2250
施設名	〇〇幼稚園	利用開始予定日	令和 元 年 10 月 1 日		

認可外保育施設、一時預かり事業、病児保育事業、子育て援助活動支援事業を利用する(予定含む)方は記入してください。

フリガナ 施設名	利用するサービスの種類	所在地	利用開始予定日
ハツハツホイクエン ××保育園	認可外 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒625-0087 舞鶴市宇余部下1167番地 TEL: 0773-65-0065	令和 元年10月1日
	認可外 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 - TEL: - -	年 月 日
	認可外 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 - TEL: - -	年 月 日
	認可外 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 - TEL: - -	年 月 日

保育を必要とする理由に応じて記入してください。

		母親の状況	父親の状況
就 労	就労種別	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅外労働 <input type="checkbox"/> 自営 ⇒ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 中心者 <input type="checkbox"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> 協力者 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他: ()	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅外労働 <input type="checkbox"/> 自営 ⇒ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 中心者 <input type="checkbox"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> 協力者 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他: ()
	通勤手段・時間	通勤手段 徒歩・自転車・バス・ <input checked="" type="checkbox"/> 自動車・電車・その他 () ※複数手段がある場合は全てに○をつけてください。 通勤時間 約 20 分 (往復時間を記入してください。)	通勤手段 徒歩・自転車・バス・ <input checked="" type="checkbox"/> 自動車・電車・その他 () ※複数手段がある場合は全てに○をつけてください。 通勤時間 約 15 分 (往復時間を記入してください。)
	前年1月1日以降の転職	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ① 就労先名: から 就労期間: から ② 就労先名: から 就労期間: から	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ⇒ ① 就労先名: まいづるクリニック 就労期間: H27.4.1 から H31.1.31 ② 就労先名: から 就労期間: から
妊娠・出産(申請時点)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ (予定日) 年 月 日		
疾病・障害等	(疾病・障害名) (手帳交付) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(疾病・障害名) (手帳交付) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
介 護 ・ 看 護	被介護者名 (傷病・障害名)	(申請子どもとの続柄:)	(申請子どもとの続柄:)
	受診等の状況	<input type="checkbox"/> 入院中 通院(月・週 回) <input type="checkbox"/> 通所・通学(週 回) 施設名 ()	<input type="checkbox"/> 入院中 通院(月・週 回) <input type="checkbox"/> 通所・通学(週 回) 施設名 ()
災害復旧	災害の状況:	災害の状況:	
求職活動等	活動の内容:	活動の内容:	
就 学	通学手段・時間	通学手段 徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他 () ※複数手段がある場合は全てに○をつけてください。 通学時間 約 分 (往復時間を記入してください。)	通学手段 徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他 () ※複数手段がある場合は全てに○をつけてください。 通学時間 約 分 (往復時間を記入してください。)
	就学目的	<input type="checkbox"/> 卒業後就労するため <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 卒業後就労するため <input type="checkbox"/> その他 ()
	期間	年 月 日まで	年 月 日まで
	卒業後の予定	(就労日数・時間) <input type="checkbox"/> 週 日、1日 時間就労 <input type="checkbox"/> 月	(就労日数・時間) <input type="checkbox"/> 週 日、1日 時間就労 <input type="checkbox"/> 月
その他	保育を行うことが困難と認められる内容	保育を行うことが困難と認められる内容	

市記入欄

本人確認 (申請者・代理)	①	個人番号カード	運転免許証		
	②	健康保険証			

添付書類 (以下の中から該当する書類を添付してください)

番号	添付書類	備考
1	居宅外で就労されている方(予定を含む) 自営(自宅外自営、親族経営等の自営を含む)の場合	就労証明書(就労内定の場合はその証明を受けてください) 就労証明書、自営の証明書類の写し(確定申告書、営業許可証、開業届等)
2	出産前後の方(出産前8週間・後8週間に限る)	母子健康手帳の写し(氏名と出産予定日が記載されているページ)
3	保護者が学校に在学中の方	在学証明書(入学予定の場合は合格通知等)
4	保護者が病氣の方	診断書
5	保護者が障害をお持ちの方	障害による手帳等の交付を受けている方…身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の写し 交付を受けていない方…診断書
6	保護者が介護している方	申立書及び介護が必要であることがわかる書類(診断書、介護保険証の写し等)
7	保護者が求職中の方	求職活動中であることを証明するもの
8	認可外保育施設の利用を希望される方	保育所等利用申し込み等の不実施に係る理由書(認定参考様式その9)